

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
TUMOR OTAK - PEMBEDAHAN TUMOR PITUITARI - HEMATOMA SUBDURAL
BRAIN TUMOR - SURGICAL REMOVAL OF PITUITARY TUMOR - SUBDURAL HEMATOMA

RAHASIA / CONFIDENTIAL

No. Polis - Kode Cabang : -
Policy Number - Branch Code

Nama Pasien :
Patient's Name

Tanggal Lahir : - -
Birth date tgl-bln-thn
dd-mm-yy

No. KTP/SIM :
ID Card No.

Pekerjaan :
Occupation

Alamat : _____
Address _____

Kota : _____ Kode Pos :
City Postal Code

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan diatas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerja sama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

The above name is insured with PT Asuransi Allianz Life Indonesia who submitting claims related to the above diseases. To enable us assessing the claims, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat. Jika tidak mencukupi, harap jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas yang terpisah.

Questions to be answered by the Medical Practitioner. Please write on back page or attach a separate sheet of paper if space is insufficient for any answer.

A. UMUM / GENERAL

1. Apakah anda adalah dokter keluarga dari pasien tersebut ? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above ? Yes No

Jika "ya", sejak kapan anda mengenal pasien ? _____ - - tgl-bln-thn
dd-mm-yy
If "yes", since when you know the patient ?

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul ?
When you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms & how long had the symptoms been present ?

3. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit tersebut diatas ?
Based on anamnesis, for how long had the above symptoms been present ?

4. Gejala-gejala apa saja yang dialami oleh pasien ? Mohon dijelaskan
What kind of symptom suffered by the patient ? Please explain

--

5. Berdasarkan ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala diatas / penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini ? Mohon jelaskan penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien
Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptom above or any related diseases ? Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected

Penyakit - Gejala / Disease - Symptom	Pertama kali terdeteksi / First detected

6. Kapan untuk pertama kali pasien mengetahui tentang penyakitnya ?
When did the patient first become aware of the disease ?

--

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien dan tanggal kunjungan terakhir
Please provide the name and address of the doctors / hospitals visited by the patient and the date of last attendance

N a m a / Name	A l a m a t / Address

8. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please give details about the patient's habits in smoking, alcohol and drug abuse ? What kind and how many a day ?

--

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci
Please provide and exact details of the diagnosis.

--

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan ?
First time diagnosis was made

--

2. Sebutkan jenis Tumor yang diderita oleh pasien dan lokasinya
Please explain the type of Tumor and the location

3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi (makroskopik dan mikroskopik) dan mohon lampirkan fotocopynya.
Please provide the Patology Anatomy report (macroscopic dan microscopic) and please attached a copy

4. Jelaskan hasil pemeriksaan CT scan atau MRI yang telah dilakukan, mohon lampirkan fotocopynya
Please provide the result of CT-Scan or MRI, please attached a copy if any.

5. Mohon gambarkan keadaan tumor dengan menggunakan kriteria klasifikasi stadium yang tepat
Please describe the tumor by using a stage / stadium criteria

6. Apakah tumor telah terlokalisir secara lengkap ?
Has the tumor been localized completely ?

7. Apakah penyakitnya sudah mempunyai anak sebar ? Dan adakah penyebaran pada jaringan-jaringan di sekitarnya ?
Is there any metastase ? And is there any spreading to the surrounding tissue ?

8. Apakah ada penyebaran ke jaringan tubuh yang berjauhan ?
Has the tumour spread into another organ ?

9. Apakah ditemukan adanya penyakit kongenital ? Jika "Ya", mohon jelaskan
Do you find any evidence of congenital disease ? If Yes, please give the detail information of the disease.

10. Apakah sudah terjadi ancaman hidup akibat tumor ini ? Mohon dijelaskan.
Is there a life threat condition caused by the tumour ? Please explain.

11. Apakah tumor sudah menimbulkan kerusakan otak ? Bila "Ya", bagian mana dan apa gejala yang ditimbulkannya ?
Has the tumour caused any brain damage ? Please explain

12. Apakah sudah ada gejala peningkatan tekanan intra kranial ? Bila "Ya", jelaskan gejala apa yang timbul
Is there any symptom related to increasing intracranial pressure ? If the answer Yes, please explain the symptoms

13. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting diagnosis above

14. Tindakan atau pengobatan apa yang sedang dilakukan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini
What kind of treatment or medication is being done and what kind of medicine has been given up until now

15. Apakah pasien mengalami Subdural Hematoma? Ya / Yes Tidak / No
Does the patient suffer Subdural Hematoma?

16. Jika Ya, apakah telah dilakukan pembedahan dengan Bur Hole untuk mengeluarkan hematoma subdural?
If Yes, has the surgery been done with bur hole surgery to the head to drain subdural hematoma?

Ya / Yes Tidak / No

17. Apakah penyebab dari Subdural Hematome adalah karena kecelakaan? Ya / Yes Tidak / No
Does the Subdural Hematoma as a result of an accident?

18. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya
Please give us the name and address of doctors / hospitals refferal for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

19. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat digunakan untuk membantu proses analisa dari klaim ini
If there is any further information which will assist us in assessing this claim, please give details

Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter yang merawat pasien dan semua keterangan dalam pernyataan ini adalah benar
I hereby certify that I am the Doctor who treated the patient and all information in this form is correct

Nama Dokter
Doctor's Name

Alamat Dokter _____
Doctor's Address

Kode Pos :
Postal Code

Tanggal - -
Date

Tanda tangan dan stempel dokter
Stamp and signature of the doctor

Catatan / Note :